



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"



Protocolo de Investigación.

"Características de consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez"

Protocolo de tesis que presenta para obtener el Diploma

De Especialista en Psiquiatría:

Homero Maldonado Mendoza

Dr. Miguel Herrera Estrella

Asesor Teórico

Dr. Pablo Vera Flores

Asesor Metodológico

México, D.F. Julio de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

A mis padres, tíos, abuelos, primos y hermano por siempre estar a mi lado.

A mi novia, por su apoyo y comprensión en todo momento.

A mis amigos, por compartir experiencias y vida.

A mis maestros y asesores, fuente inagotable de conocimiento y enseñanza.

Al hospital, por permitirme ser parte de su bella historia.

A mis pacientes, por enseñarme a valorar cada momento.

i. ÍNDICE

	Página
1. Índice	3
2. Lista de tablas, gráficas y abreviaturas	4
3. Resumen	5
4. Introducción	6
5. Marco teórico	7
6. Metodología	
Justificación	15
Planteamiento del problema	15
Pregunta de investigación	16
Objetivos	16
Hipótesis	17
VARIABLES	18
Muestreo y muestra	20
Criterios de selección	20
Tipo de estudio	21
Instrumentos de medición	22
Procedimiento	26
Consideraciones bioéticas	27
7. Resultados	29
8. Discusión	44
9. Conclusiones	47
10. Referencias bibliográficas	51
11. Anexos	54

II. LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

Tabla 1. Definición de variables

Página 18

Tabla 2. Puntos de corte en la escala ASSIST.

Página 23

Tabla 3. Puntos de corte en la escala DAST 10

Página 25

Tabla 4. Cronograma de actividades

Página 54

Graficas: pagina 29 a la 43

Abreviaturas:

THC: Delta-9-Tetrahydrocanabidol.

CBD: Canabidiol.

SNC: Sistema Nervioso Central.

ASSIST: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.

DAST-10: The drug abuse screening test

III. RESUMEN

El uso de sustancias durante la adolescencia y la edad adulta incrementa el riesgo de desarrollar cuadros psicóticos. La evidencia científica sugiere una participación neurobioquímica entre el abuso de sustancias en la fisiopatología de la Esquizofrenia. Determinar las características de la población con uso de sustancias y con diagnóstico de Esquizofrenia es de importancia para mejorar el pronóstico de los pacientes para mejorar el pronóstico y la evolución de este padecimiento.

Objetivo: Determinar las características, patrones y frecuencias del consumo de sustancias en pacientes mexicanos con diagnóstico de Esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de Abril a Mayo de 2018.

Métodos: Se realizó a los pacientes de la consulta externa y hospitalización continua de Abril a Mayo de 2018 que cumplan con los criterios diagnósticos para Esquizofrenia y criterios de inclusión del estudio, se les aplicara la prueba ASSIST y DAST 10 para determinar el patrón de consumo.

Palabras clave: esquizofrenia, cannabis, consumo de sustancias, maduración neuronal, sistema nervioso, ASSIST, DAST 10.

IV. INTRODUCCIÓN.

La esquizofrenia es uno de los trastornos neurodegenerativos más comunes que se da debido a una combinación de factores como la predisposición genética y alteraciones socio ambientales como la exposición a traumas en la infancia, urbanidad, estrés y precariedades sociales ⁽¹⁾. Esta se manifiesta por varios síntomas incluyendo los síntomas positivos (alucinaciones, delirios), negativos (abulia, anhedonía, aplanamiento afectivo) y alteraciones cognitivas. La adolescencia y la edad adulta joven es un periodo donde aparecen cambios psicosociales así como alteraciones neurobiológicas que se pueden asociar a la aparición de consumo de sustancias. Hay un creciente interés en la asociación entre esquizofrenia y el abuso de sustancias. Se ha estimado que hasta cerca del 60% de los pacientes con esquizofrenia tienen un abuso de sustancias conurbado, encontrando que los pacientes con esquizofrenia desarrollan hasta dos veces más un consumo de sustancias que en pacientes sanos ⁽²⁾.

La esquizofrenia y el consumo de sustancias son dos trastornos crónicos con complicaciones distintas y severas, así como un costo mayor para el individuo quien la padece y la sociedad. Ambas condiciones están asociadas a una pobre adherencia a tratamiento y un peor pronóstico. Algunos de los síntomas de la esquizofrenia se sobreponen a síntomas de intoxicación abuso o abstinencia a alcohol u otras sustancias. Una historia familiar y la relación temporal de los síntomas puede ayudar a distinguir entre un paciente con un trastorno por abuso de sustancias y una paciente con esquizofrenia y consumo de sustancias ⁽²⁾.

Ante el aumento de aceptación del uso medicinal y recreacional de algunas sustancias en nuestra sociedad, se deber estar atentos como personal de la salud mental que el aumento consumo de estas sustancias psicoactivas en nuestra sociedad representa un grupo de riesgo para potenciales alteraciones cognitivas y morbilidades psiquiátricas que pueden impactar en el desarrollo y funcionalidad de quien la consume. Mientras más temprano sea el inicio del consumo y su uso más frecuente, el riesgo será más alto, de ahí que una pronta identificación e intervención mejore el pronóstico de la evolución de la enfermedad ⁽³⁾.

V. MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia.

La esquizofrenia es la psicosis más frecuente en la población en general. El concepto actual de esta psicosis tiene sus orígenes en las aportaciones de Emil Kraepelin quien separo los distintos tipos de psicosis en la “demencia precoz” y las “psicosis maniaco depresiva; Eugene Bleuler quien acuño el término de “esquizofrenia” (del griego *schizein*, fractura y *phren*, mente); y Kurt Schneider quien propuso la existencia de síntomas que se asociaban mucho más a la Esquizofrenia, los síntomas de primer rango. En México la prevalencia de este padecimiento es del 1 % tanto en hombres como mujeres ⁽⁶⁾. La esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres, la edad durante la cual suele iniciarse la enfermedad es entre los 10 y 25 años en los hombres y entre los 25 y 35 años en las mujeres, siendo que estas últimas presentan una distribución bimodal de la edad teniendo un segundo pico de presentación durante la madurez ⁽³⁾.

La esquizofrenia presenta una heredabilidad importante, siendo que el tener un familiar de primer grado aumenta hasta en un 10% el riesgo de padecer la enfermedad y hasta en un 48% cuando se tiene dos familiares de primer grado ⁽⁸⁾. Los estudios sobre los genes alterados en la esquizofrenia han reportado alteraciones en los cromosomas 1q, 5q, 6p,6q, 8p, 10p, 13q, 15q y 22q, así como genes candidatos como *DISC 1*, *GRAM 3*, *COMT*, *NGR*, *RGS 4*, *G72*, *distrovecina* y *neurregulina 1* ⁽³⁾. Se han descrito múltiples factores que juegan un papel en el desarrollo de la enfermedad como lo son alteraciones de la nutrición durante la niñez, exposición perinatal a vitamina D, infecciones virales durante la gestación o perinatales, coeficiente intelectual y cognición social, historial de traumas en la infancia y consumo de sustancias entre algunos factores ⁽⁴⁾.

Dentro de la fisiopatología de la esquizofrenia se han investigado diversos sistemas de neurotransmisores como la dopamina, norepinefrina, serotonina, glutamato y acetilcolina. Siendo la hipótesis más estudiada y vinculada a la esquizofrenia la de la Dopamina, encontrando una hiperactividad dopaminérgica con un aumento de la densidad de los receptores D2 a diferentes niveles del cerebro, así como una

vulnerabilidad al sistema de DA que bajo el estrés induce una mayor actividad del mismo ⁽⁹⁾. Se conocen las vías dopaminérgicas relacionadas con las alteraciones propias de la esquizofrenia: la vía mesolímbica la cual se proyecta desde el área tegmental ventral (ATV) del mesencéfalo al núcleo accumbens, parte del sistema límbico y que se relaciona con la aparición de síntomas positivos como los delirios y alucinaciones; la vía mesocortical que proyecta desde el ATV hacia la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial, relacionada con los síntomas afectivos, cognitivos y negativos de la esquizofrenia; la vía nigroestriada que proyecta desde la sustancia negra del mesencéfalo a los núcleos de la base y que es parte del sistema extrapiramidal y controla funciones motoras y de movimiento; la vía tuberoinfundibular que se proyecta desde los núcleos tuberomamilares del hipotálamo a la adenohipófisis y que se relaciona con la producción de prolactina. Se ha descrito una quinta vía dopaminérgica, la cual surge de varios sitios como la sustancia gris periacueductal del mesencéfalo, el mesencéfalo ventral, de núcleos hipotalámicos y del núcleo parabraquial lateral y de estos se proyectan hacia el tálamo, de la cual no se conoce su función aún ⁽¹⁰⁾.

Teorías más recientes mencionan a los neurotransmisores glutamato y serotonina con papeles fundamentales en la fisiopatología de la esquizofrenia. Del glutamato se ha observado una hipofunción de sus receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), siendo que se ha observado que el glutamato funciona como un “interruptor general” del cerebro en diversas vías dopaminérgicas, de serotonina y noradrenalina. Así la hipofunción de sus receptores NMDA lleva a una alteración de las vías mesolímbicas y mesocorticales dopaminérgicas produciendo síntomas positivos, negativos y cognitivos de la esquizofrenia. La serotonina (5-HT), neurotransmisor principalmente en los núcleos del rafe en el tallo cerebral, y de la cual existen cerca de 7 tipos de receptores con diversas funciones cada uno con diferente localización. Los receptores más relacionados con la fisiopatología de la esquizofrenia son los receptores 5HT-2A los cuales actúan como freno de liberación de dopamina a nivel de los núcleos de la base, el antagonismo de los antipsicóticos atípicos a estos receptores explicaría la menor aparición de efectos extra piramidales con estos medicamentos ⁽¹¹⁾. Los receptores 5HT-1A, los cuales funcionan como auto receptores somato dendríticos y que modulan el paso de 5-

HT al interior de las neuronas; los antipsicóticos atípicos agonistas de estos receptores funcionan aumentando el paso de 5-HT mediante una desensibilización del receptor a diferentes niveles del cerebro, influyendo sobre diversas vías dopaminérgicas incluyendo la mesolímbica y la mesocortical. Algunos otros receptores de importancia en la fisiopatología de la esquizofrenia son 5HT-1B, 5HT-2C, 5HT-3 y 5HT-7 ⁽¹⁰⁾. Teorías más recientes han estudiado la posible disfunción en las conexiones talamocorticales, principalmente entre los núcleos mediodorsales y pulvinar del tálamo con la corteza, lo cual se ha observado en las fases iniciales de la enfermedad y en estudio de gemelos afectados y no afectados por la enfermedad, así como una reducción del volumen del tálamo por estudios de neuroimagen ⁽⁵⁾.

El inicio de la enfermedad es lento insidioso, describiéndose tres fases de esta patología: 1) la fase prodrómica caracterizada por aparecer previo al episodio psicótico como aislamiento familiar y social, desconfianza, alteraciones perceptuales e interpretación idiosincrática de las experiencias cotidianas, disminución de su funcionamiento académico y laboral, disminución de la expresión emocional y cambios en su comportamiento y en su apariencia. 2) La fase activa o de psicosis aguda donde se presentan los síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del primer orden), síntomas negativos (apatía, abulia, anhedonía, alogía, ambivalencia afectiva), cognitivos y de desorganización en ocasiones. 3) La fase residual donde se da una remisión de los síntomas psicóticos agudos, pero persisten los síntomas negativos y cognitivos que afectan la funcionalidad del sujeto ⁽⁶⁾.

El diagnóstico de esquizofrenia se hace mediante los criterios del Código internacional de enfermedades (CIE 10) (Anexo 1). Siempre debiendo descartar cualquier condición médica que condicione la aparición de los síntomas ^(12, 13). La escala PANSS desarrollada es un instrumento específico para la esquizofrenia. Evalúa el síndrome positivo y negativo y la psicopatología general, desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro); y desde un punto de vista categorial (predominio de síntomas positivos o negativos). La PANSS consta de 30 ítem que se puntúan desde 1 (ausente) a 7 (extremo) y se evalúan por medio de una entrevista semiestructurada de 30 a 40 minutos de duración. De los 30 síntomas,

siete constituyen la escala positiva (PANSS-P) , siete la escala negativa (PANSS-N), y los 16 restantes la escala de psicopatología general (PANSS-PG) ⁽¹³⁾.

Aproximadamente la décima parte de los pacientes con esquizofrenia se recuperan, entre un 10 a 60 % de lo paciente según algunas fuentes ⁽³⁾, alrededor de un 20% presentan un trastorno grave y entre un 50 y 70 % logran una estabilidad en un lapso de cinco años ⁽⁷⁾. Se ha observado que en un periodo entre 5 y 10 años después del primer ingreso hospitalario posterior a un brote de esquizofrenia solo del 10 al 20 % de los casos mostraran un desenlace favorable. Más del 50% pueden presentar un mal pronóstico. ⁽³⁾ Algunos factores que pueden empeorar el pronóstico son: presentar un cuadro de esquizofrenia desorganizada, edad temprana de inicio, trastorno de la personalidad pre mórbido, uso de alcohol u otras sustancias, pobre red de apoyo familiar y psicosocial y mala adherencia al tratamiento y a seguimiento médico ⁽⁷⁾.

Consumo de sustancias y esquizofrenia.

Como se ha mencionado la esquizofrenia es un trastorno complejo en el cual las variaciones genéticas y los factores ambientales juegan un papel importante. Se es sabido que el consumo de diversas sustancias representa un factor de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ⁽⁷⁾. Los estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos en la década pasada han mostrado que el consumo de sustancias es evado en personas con esquizofrenia comparados con la población en general. La prevalencia de trastornos asociados a consumo de sustancias entre pacientes que padecen de esquizofrenia ha sido estimada hasta en un 59%, comparado con el 16 % de la población en general ⁽¹⁴⁾. De acuerdo a estudios realizados, hasta el 90% de los pacientes con esquizofrenia son usuarios de nicotina, seguido de cannabis hasta el 37%, alcohol en un 34%, cocaína en un 31%, anfetaminas y opioides con un 12%, alucinógenos en un 4% y sedantes en un 3% ⁽¹⁵⁾.

Algunos factores de riesgo para que pacientes que padecen esquizofrenia tengan algún consumo o abuso de sustancias son: el ser hombre, empezar el consumo a temprana edad, bajo estatus socioeconómico y encontrarse en alguna situación

penal. El uso frecuente de cannabis especialmente parece ser un factor de riesgo importante asociado al desarrollo de la esquizofrenia ⁽¹⁶⁾. Las causas de la comorbilidad entre la esquizofrenia y el consumo de sustancias no son bien conocidas. Teorías etiológicas pueden ser consideradas en cuatro grupos : factores comunes, un trastorno por uso de sustancias secundario, un trastorno mental secundario y modelos bidireccionales, siendo que en varios casos más de uno de estos modelos pueden interaccionar. Dentro de los factores comunes, esta teoría resulta de que ambos padecimientos comparten factores de riesgo comunes, con una vulnerabilidad genética que ha sido propuesta como parte de la patogénesis de la esquizofrenia y el consumo de sustancias. Sumado o como una alternativa al riesgo genético, los estresores vitales a temprana edad pueden llevar a alteraciones en el desarrollo de diversos circuitos neuronales que se han visto afectados en ambos padecimientos (ej. El sistema dopaminérgico límbico mesocortical). La hipótesis de “adicción primaria” propone que ambas, la esquizofrenia y el consumo de sustancias derivan de una sola fisiopatología, compartiendo alteraciones en el hipocampo y en la corteza prefrontal que se ha observado contribuyen para síntomas de la esquizofrenia y vulnerabilidad para un consumo de sustancias ⁽¹⁷⁾. El modelo del trastorno mental secundario propone que el consumo de sustancias precipita trastornos mentales en individuos genéticamente predispuestos. La evidencia más fuerte para este modelo se encuentra en la relación del consumo de altas dosis de cannabis y la subsecuente presencia de síntomas psicóticos. El modelo de consumo de sustancias secundario, también llamado la hipótesis “de la auto-medicación” propone que los individuos con esquizofrenia, el uso de sustancias reduce sus síntomas o contrarresta los efectos secundarios de los tratamientos antipsicóticos ⁽¹⁷⁾. La evidencia acumulada que la nicotina derivada del cigarro afecta diversos sistemas de neurotransmisores, incluyendo la dopamina, y que ciertas alteraciones cognitivas en la esquizofrenia están asociadas con diversos neurotransmisores son mejorados con la administración de nicotina ⁽¹⁸⁾. Además, se ha observado los hidrocarburos derivados de fumar tabaco (no derivados de la ingesta de nicotina) inducen el metabolismo y disminuya los niveles plasmáticos de los medicamentos antipsicóticos, y por lo mismo reduciendo los efectos secundarios de los mismos. El modelo bidireccional sugiere que la

presencia ya sea de un trastorno mental o de un consumo de sustancias pueden contribuir al desarrollo una del otro reforzándose ambas con el paso del tiempo ⁽¹⁷⁾. Dentro de los aspectos neurobiológicos, se han visto vueltos los sistemas dopaminérgicos y glutamatérgicos en la etiología de la esquizofrenia. El consumo de sustancias se cree que aminoran estas alteraciones. Las drogas como la nicotina, alcohol y cocaína podrían reforzar los circuitos cerebrales de recompensa mediante el incremento los niveles de dopamina en el núcleo accumbens del sistema límbico. Las deficiencias del sistema dopaminérgico en las regiones mesolímbicas y en el estriado anterior llevan a un estado de craving, llevando a los pacientes con esquizofrenia a ser más vulnerables al consumo de sustancias. El mismo consumo de sustancias podría modificar los sistemas de neurotransmisores, mejorando los efectos negativos de la esquizofrenia, aun en la ausencia de la medicación antipsicótica ⁽¹⁹⁾. La reducción de la liberación de dopamina en el córtex prefrontal podría contribuir a los síntomas negativos de la esquizofrenia. Además, el déficit de dopamina en el córtex prefrontal relacionado a la exposición repetida a sustancias podría alterar la habilidad de esta región para modular la liberación de dopamina en el núcleo accumbens llevando a una disminución en la sensibilidad a estímulos de recompensa en pacientes con consumo de sustancias crónico y sus intentos para compensar el uso compulsivo de drogas ⁽¹⁷⁾.

Dentro de las manifestaciones clínicas el consumo de sustancias inicial mente causan euforia o confusión, lo cual puede estimular los síntomas de la esquizofrenia y frustraciones sociales. Con el uso crónico, el consumo puede agravar los síntomas de esquizofrenia y podría llevar a un tratamiento fallido y más frecuentemente episodios psicóticos agudos. Los pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias tienen mayor frecuencia de síntomas positivos comparado con pacientes con esquizofrenia sin consumo de sustancias, y posiblemente mayor frecuencia de episodios de violencia. Un meta análisis de 22 estudios compararon pacientes trastornos con o sin consumo de sustancias, se encontró que en los pacientes con abuso de sustancias tienen una mayor severidad de síntomas positivos y altos rangos de violencia comparados con los no usuarios de sustancias, pero no difirieron en los síntomas negativos, síntomas depresivos, ideación suicida y número de hospitalizaciones ⁽¹⁸⁾. Estudios en pacientes con esquizofrenia y

consumo de sustancias han identificado múltiples tipos de alteraciones cognitivas; en un estudio de 2017, 50 pacientes con diagnóstico dual mostraron alteraciones en pruebas para valorar funciones ejecutivas como planeación y resolución de problemas. Aquellos pacientes con intentos suicidas demostraron más problemas al resolver distintas pruebas cognitivas y de toma de decisiones comparados con los que no tuvieron intentos suicidas asociado al consumo de sustancias. Los pacientes con esquizofrenia con consumo de sustancias inicialmente mostraron mejor desempeño neurocognitivo durante los primeros años de la enfermedad comparados con aquellos que no consumían sustancias, pero después de 5 años de seguimiento, el primero grupo mostraba mayores alteraciones cerebrales y mayores alteraciones cognitivas ⁽²⁰⁾.

Los pacientes con esquizofrenia con consumo importante de tabaco se ha observado que tienen un incremento en la experiencia de alucinaciones y delirios, con una disminución de síntomas negativos en comparación con pacientes no fumadores. Con el consumo de alcohol, los pacientes con esquizofrenia consumidores del mismo tenían una mayor severidad de síntomas depresivos y alucinaciones en comparación con los no consumidores de alcohol, así como un mayor rango de alteraciones cognitivas. Los pacientes esquizofrénicos con consumo de cannabis que precedió al inicio de la enfermedad han reportado una menor frecuencia de síntomas negativos comparados con pacientes que no usaron cannabis. El consumo de cocaína y esquizofrenia está asociado con una prevalencia mayor de síntomas depresivos y alteraciones en la memoria comparados con pacientes no consumidores de cocaína, así como los estimulantes pueden exacerbar los síntomas psicóticos en pacientes esquizofrénicos ⁽²¹⁾.

Dentro del curso de la enfermedad, los pacientes con un trastorno por consumo de sustancias de moderado a severo tienen una edad más temprana de inicio de la esquizofrenia. El consumo de sustancia puede preceder o desarrollar el padecimiento. Un estudio de 404 pacientes realizado en el 2018 a lo largo de Estados Unidos con un primer episodio de esquizofrenia determinó que el 51.7% de la muestra cumplía criterios para algún trastorno por consumo de alcohol o de alguna otra sustancia ⁽²²⁾. El efecto de la esquizofrenia y el consumo de sustancias es bidireccional; el consumo de sustancias empeora el curso de la esquizofrenia, y

la esquizofrenia empeora el curso del consumo. La evolución de pacientes con esquizofrenia y consumos de sustancias, comparado a aquellos no consumidores, tiene con mayor frecuencia poca adherencia al tratamiento, comorbilidades médicas, un mayor número de hospitalizaciones y de días de hospitalización, desempleo, violencia, situación de calle, problemas legales, mortalidad temprana y suicidio ⁽¹⁷⁾. El consumo de sustancias también ha sido asociado a un peor pronóstico posterior a un primer episodio de esquizofrenia llevando a una sintomatología de mayor gravedad, mayor presencia de síntomas negativos, mayores periodos de falta de tratamiento para la enfermedad y un bajo rango de remisión de síntomas y funcionalidad ⁽²³⁾.

Los pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias tienen con mayor frecuencia presencia de enfermedades concomitantes como tuberculosis, VIH, hepatitis B, Hepatitis C y enfermedades de transmisión sexual, así como una mayor frecuencia de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ⁽²³⁾. Deben estar siendo constantemente sometidos a tamizajes para valorar la presencia de consumo de alguna sustancia o presencia de alguno de estos padecimientos. Aunque algunos estudios han sugerido que la severidad de los síntomas extrapiramidales y de disquinesia tardía podrían ser mayores en pacientes esquizofrénicos con consumo de sustancias comparado a los no consumidores, esto aún no ha podido ser corroborado, encontrando que en un estudio de 106 pacientes, los pacientes esquizofrénicos consumidores de cocaína tenían una mayor frecuencia de aparición y severidad de disquinesias, parkinsonismo y acatisia a comparación de pacientes no consumidores, aunque estos no ha sido una constante en otros estudios realizados ⁽¹⁸⁾.

VI. METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN.

El consumo de sustancias la población mexicana se da hasta en tres cuartos de los adolescentes según la encuesta nacional de adicciones 2011, siendo el sector de la población más aquejada por esta condición. Las recientes modificaciones a la ley general de salud mexicana, la legalización de ciertas sustancias psicoactivas y el fácil acceso para las mismas hacen a la población adolescente y adulta joven más susceptibles a tener algún problema de consumo. El consumo de una o varias sustancias psicoactivas se ha relacionado con la aparición de múltiples síntomas psiquiátricos y es un factor de riesgo para el inicio de padecimientos mentales, de estos de suma importancia en la esquizofrenia, donde el consumo condiciona una edad de inicio más temprano, mayor intensidad de sus síntomas, mayores tasas de recaídas, pobre adherencia a tratamiento y disfuncionalidad global. La presencia de consumo de sustancias en estudios se ha relacionado con la intensidad de los síntomas positivos, negativos y cognitivos de la esquizofrenia y su mayor resistencia a tratamiento. El detectar y prevenir el consumo a temprana edad puede contribuir a diseñar mejores estrategias terapéuticas y psicosociales, que permitan evitar su consumo, mejoría de la funcionalidad a corto plazo y promover el pago a tratamiento médico. Establecer su relevancia dentro de la evaluación inicial en un paciente hospitalizado y concientizar a los prestadores de salud mental de su importancia, tiene como finalidad evitar el abandono a tratamiento, recaídas y hospitalizaciones, los costos económicos que estas conllevan y limitar el deterioro funcional de los sujetos afectados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se reciben a un gran número de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas y Esquizofrenia, con padecimientos que son más resistentes a tratamiento y con menor adherencia al mismo, hospitalizaciones prolongadas y recaídas constantes, con un coste

económico más alto. Debido al incremento en el consumo de estas sustancias y las facilidades para el acceso a las mismas a la población en general, el consumo puede impactar en la evolución del padecimiento mental, en este caso la Esquizofrenia. Ante estos hechos nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Qué tan frecuente es el consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia?, ¿El pronóstico de la enfermedad es peor en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas?, ¿Cuáles son las sustancias más usadas en la población de nuestra unidad con diagnóstico de Esquizofrenia? En este estudio realizado en pacientes hospitalizados y de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, se identificó las características y patrón de consumo mediante la aplicación de la prueba de detección de consumo del alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST) y la prueba de escrutinio para detección de drogas (DAST-10). Así mismo se describieron las características sociodemográficas de dicha población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

En pacientes mexicanos con diagnóstico de Esquizofrenia en seguimiento por consulta externa u hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ¿Cuál es su patrón, frecuencia y características de consumo de sustancias psicoactivas?

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el patrón, características y frecuencia de consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de la consulta externa y hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de Abril a Mayo de 2018.

Objetivos específicos:

1. Relacionar el consumo de cannabis con la sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia mediante la aplicación de la escala PANSS.
2. Analizar el riesgo asociado al consumo de sustancias de dicha población.
3. Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
4. Realizar la comparación con estudios previos del consumo de sustancias y esquizofrenia.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H_i): En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el consumo de sustancias no es mayor.

Hipótesis alterna (H_o): En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el consumo de sustancias es probablemente mayor

VARIABLES

Tabla 1. Definición de variables.

DEFINICIÓN DE VARIABLES					
Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra dentro de una misma especie.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Sexo al que pertenece el participante, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Cuantitativa	De intervalo	Edad al que pertenece el participante, expresada en años que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Años
Lugar de residencia	Acción y efecto de residir (estar establecido en un lugar , asistir periódicamente por razones de empleo). Puede tratarse del lugar o domicilio en el que se reside.	Cualitativa	Ordinal	Lugar donde habita el participante la cual se obtendrá de la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Dirección de residencia.
Tratamiento	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o estado anormal.	Cualitativa	Nominal	Fármacos orales o parenterales con su posología y dosificación que se administran al paciente durante su hospitalización, que se obtendrá de la información contenida en el expediente.	Fármaco/dosis diaria
Esquizofrenia	Nombre genérico de un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.	Cualitativa	Ordinal	Diagnóstico de esquizofrenia conforme a criterios diagnósticos CIE 10.	Esquizofrenia Paranoide, Indiferencia, , Catatónica, Simple.
Riesgo de consumo de cannabis	Presencia de consumo de cannabis	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de cocaína	Presencia de consumo de cocaína	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de alcohol	Presencia de consumo de alcohol	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de estimulantes tipo anfetaminas	Presencia de consumo de anfetaminas	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos

				cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de alucinógenos	Presencia de consumo de alucinógenos	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de inhalantes	Presencia de consumo de inhalantes	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de opiáceos	Presencia de consumo de opiáceos	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de sedantes	Presencia de consumo de sedantes	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo de consumo de otras drogas	Presencia de consumo de otras drogas	Cualitativa	Ordinal	Puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', con lo cual se determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos

MUESTRA Y MUESTREO

Muestreo: Se realizó un muestreo no probabilístico intencional por cuota por conveniencia, seleccionando a 35 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados y con seguimiento en la consulta externa y con consumo de cannabis en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de Abril a mayo de 2018.

El diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes, se establecerá por la determinación diagnóstica realizada por dos psiquiatras o más, en base a las Guías de Práctica Clínica de la institución y a los criterios del CIE-10, mediante notas de ingreso, Historia Clínica, o nota de evolución del paciente en el expediente clínico.

Tamaño de muestra: 35 participantes.

Lugar y tiempo

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, hospitalización continua, consulta externa. Escalas a aplicarse de Abril a Mayo de 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión

1. Pacientes de 18 años cumplidos a 60 años de edad, ambos sexos.
2. De nacionalidad mexicana, hispanohablantes.
3. Con seguimiento en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
4. Hospitalizados en alguno de los servicios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
5. Con diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo a los criterios vigentes del CIE-10.
6. Con diagnóstico de abuso o dependencia de alguna sustancia conforme a los criterios vigentes del CIE 10.
7. Con más de 6 meses de haber recibido diagnóstico de Esquizofrenia.

8. Que acepten participar en el estudio y/o sus familiares lo consientan.

Criterios de exclusión

1. Pacientes extranjeros o que no hablen el idioma español.
2. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
3. Pacientes cuyos familiares no acepten que participen en el estudio.
4. Pacientes con historial de diagnóstico de enfermedades neurológicas o médicas.
5. Pacientes con sintomatología psicótica menor a 6 meses.
6. Pacientes agitados o desorganizados.

Criterios de eliminación

1. Quienes no firmen el consentimiento informado a pesar de haber aceptado participar.
2. Ser diagnosticado durante el curso de su seguimiento a pesar de en el ingreso contar con sospecha de esquizofrenia con alguno de los siguientes: trastorno bipolar, trastorno de personalidad, primer brote psicótico afectivo, discapacidad intelectual, epilepsia o psicosis secundaria a consumo de sustancias.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo no experimental observacional, descriptivo y transversal.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizará un cuestionario sociodemográfico a fin de conocer variables como sexo, edad, lugar de residencia. En el mismo se usará la información contenida en el expediente clínico acerca de la fecha de inicio del seguimiento del paciente y del tratamiento actual.

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. (Anexo 3)

Para determinar el consumo o abuso de cannabis, se utilizará la prueba de detección de consumo de alcohol y otras sustancias (ASSIST), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública que representa el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectada o empeorar. El cuestionario consiste de ocho preguntas y llenarlo toma entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de sustancias entre las cuales se encuentran: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos. Ofrece información sobre diversos aspectos a saber:

- P1. ¿Cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?
- P2. ¿Con que frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?
- P3. ¿Con que frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?
- P4. ¿Con que frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?
- P5. ¿Con qué frecuencia de dejo de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?

- P6. Si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y que tan reciente ha sido.
- P7. Si ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancias y no se ha logrado y que tan reciente ha sido.
- P8. Si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y que tan reciente ha sido.

El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias y si el consumo es peligroso y puede causar daño. Es probable que las puntuaciones del rango medio indiquen consumo dañino o peligroso de sustancias (riesgo moderado) y que las puntuaciones más altas indiquen dependencia de sustancias (alto riesgo). Las preguntas específicas relacionadas con el consumo dependiente o de alto riesgo, se refieren a un fuerte deseo o ansias de consumir (P3), intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo (P7) y consumo por vía inyectada. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a las 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero son indicador de alto riesgo para sobredosis, dependencia y otro tipo de problemas relacionados.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado” y “alto”, también proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos 3 meses. Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de tres o menos tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Los usuarios que obtuvieron una puntuación entre 4 y 26, aunque quizás presente algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. Una puntuación de 27 o más en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente tienen problemas de salud y otra índole.

Tabla 2. Grados de severidad de consumo conforme a puntaje de la prueba ASSIST.

	Sustancia
Riesgo bajo	0 a 3 puntos
Riesgo moderado	4 a 26 puntos
Riesgo alto	+27 puntos

Drug Abuse Screening Test (DAST 10). (Anexo 5)

Uno de los instrumentos creados para tamizaje es el Drug Abuse Screening Test utilizado para detectar consumo de sustancias. Permite identificar el consumo de sustancias psicoactivas, y que consiste en un cuestionario de 10 reactivos a partir de los cuales se detecta el abuso de drogas y las posibles alteraciones físicas y psicológicas provocadas por su consumo excesivo. Basándonos en su versión original en la cual se presenta una puntuación de 0 a 20 y cuyo punto de corte para determinar posibles riesgos es 4, nos resultó pertinente adecuar tal puntuación a una escala Likert más amplia que consiste en cinco opciones de respuesta en términos de frecuencia con puntuaciones de 0 a 4, lo cual implica que la puntuación va de 0 a 40 y que el punto de corte para detectar un consumo peligroso se duplica a 8, haciendo igualmente posible identificar tres niveles diferentes que van desde no reportar consumo (0 puntos), pasando por algún consumo o dificultad (1 - 7), y llegando en última instancia al reporte de consumo y dificultades (8 - 40). Algunos estudios sugieren ampliar su campo de acción a escenarios no psiquiátricos.

Tabla 3. Puntos de corte en la escala DAST-10.

DAST-10 Score	Desarrollo de problemas relacionados con el uso de drogas.	Acción sugerida.
0	No problemas reportados.	Ninguna.
1-2	Bajo nivel.	Monitorizar, aplicar posteriormente.
3-5	Moderado nivel.	Investigación posterior.
6-8	Nivel Grave.	Manejo Intensivo.
9-10	Nivel Severo.	Manejo Intensivo.

PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética en investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Se seleccionaron a los pacientes de consulta externa y hospitalización continua con diagnóstico de Esquizofrenia y con consumo de cannabis en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que cumplan con criterios diagnósticos de la clasificación vigente del CIE 10, así como los criterios de inclusión del estudio.
3. Se solicitó el consentimiento del paciente o familiar para la realización del estudio. Se realizó la entrevista semiestructurada, así como se aplicaron las pruebas ASSITS y DAST 10 en una sola sesión de 40 a 50 minutos. Del expediente clínico se tomó la información acerca del tratamiento actual. Las entrevistas y aplicación de escalas se llevaron a cabo durante los meses de Abril y Mayo de 2018.
4. Una vez completada la muestra, se realizaron los análisis estadísticos. Se clasificará la gravedad de su consumo de cannabis y otras sustancias en base al puntaje obtenido en la prueba ASSIST y DAST 10.
5. Una vez completada la muestra, se realizó el análisis estadístico. Para la correlación, se utilizará el programa estadístico SPSS y para la graficación de las variables sociodemográficas el programa Microsoft Excel.

Costos y Materiales: El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez facilitó sus instalaciones. Se requirieron copias, lápices y bolígrafos, para su aplicación, estos costos fueron cubiertos por Homero Maldonado Mendoza, médico Residente de 4to. año, quien llevo a cabo este estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se basa en principios éticos que no dañen a los participantes, no implicará malestar o dolor en ellos, así mismo tendrá un riesgo mínimo y ningún costo. El trato que recibirán los participantes será digno y de respeto, con ello hay un compromiso al resguardo de la información obtenida durante el estudio. Previa participación en el estudio, se otorgará carta de consentimiento/asentimiento informado a cada participante y consentimiento informado para sus familiares, en caso de que su ingreso haya sido involuntario. (Véase anexo).

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, en base al título segundo, artículo 17, el trabajo a realizar se clasifica en categoría 1 (riesgo mínimo). Se solicitará consentimiento de participantes de forma voluntaria para la realización de cuestionarios sin manipulación de variables. Los participantes estarán libres de retirarse si así lo desean del estudio. La información será manejada de manera confidencial para cada participante.

Los principios éticos que se cuidarán durante la elaboración del estudio son:

1. Beneficencia: puesto que el interés principal del trabajo es encontrar una forma de detectar sintomatología que agrave la condición del paciente.
2. No maleficiencia: durante la realización ningún participante será perjudicado, se respetarán sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.
3. Autonomía: los participantes elegirán si ingresan al estudio.
4. Justicia: todos los participantes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social, de raza o género.

Clasificación de la Investigación

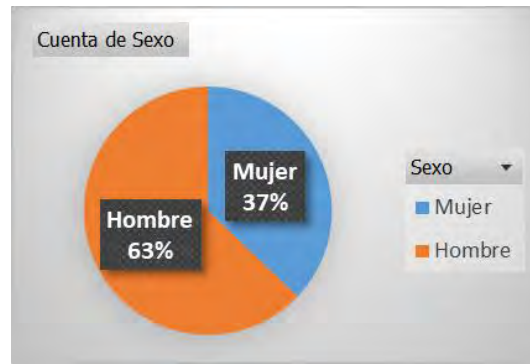
Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17 en:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

La información obtenida en este estudio será utilizada únicamente para fines de investigación, los datos no serán de uso del dominio público.

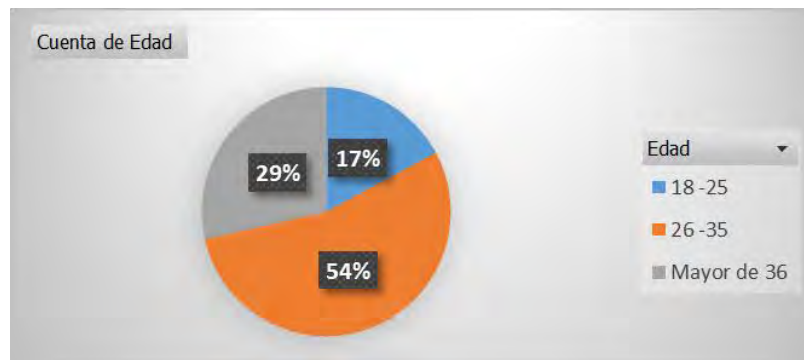
VII. RESULTADOS.

La búsqueda de este estudio proveyó un total de 35 sujetos que cumplían con los criterios de inclusión. De estos 22 (63%) fueron del género masculino y 13 (37%) del género femenino.

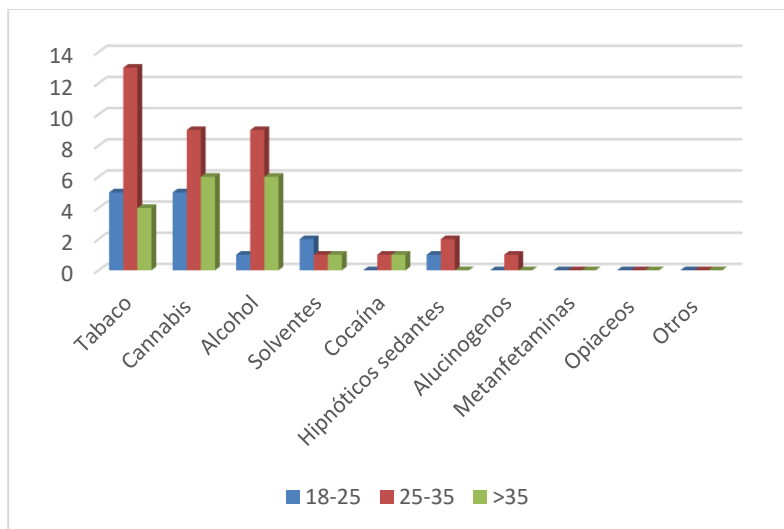


Grafica 1. Distribución por género

Seis (17%) de los 35 pacientes se encontraban entre los 18 y 25 años de edad, 19 (54%) entre los 25 y 35 años de edad y 10 (29%) entre los 35 y 60 años. De estos (54%) la mayor prevalencia de consumo de sustancias se encontró entre los 26 y los 35 años de edad.

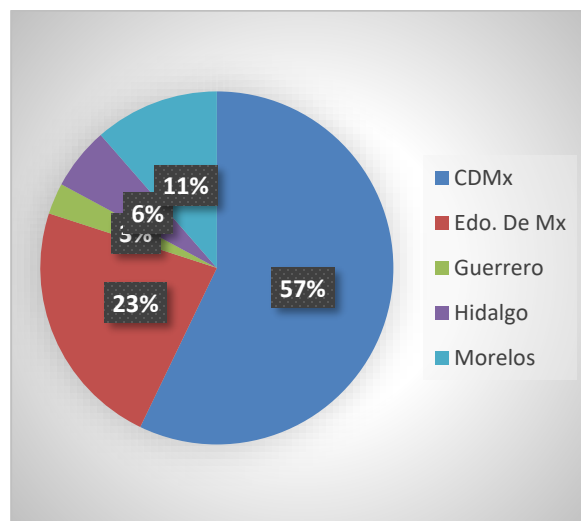


Grafica 2. Distribución por grupos de edad.



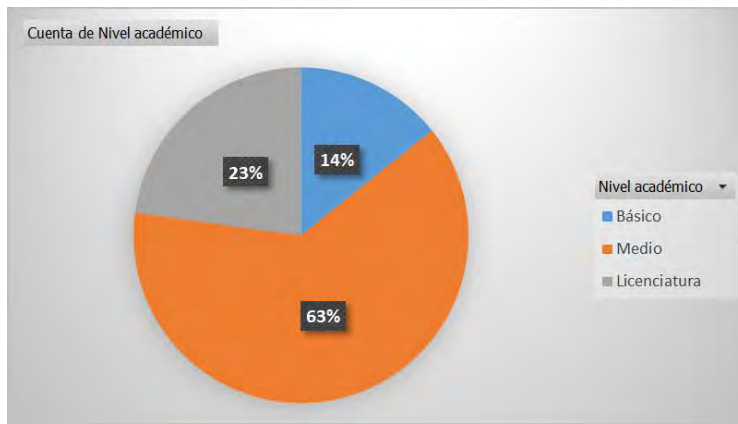
Grafica 3. Consumo por rangos de edad

Acerca de su lugar de origen 20 (57%) son originarios de la Ciudad de México, 9 (23%) del Estado de México, 4 (11%) del estado de Morelos, 1 del estado de Hidalgo (6%) y 1 (6%) del estado de Guerrero.



Grafica 4. Distribución por estado de origen

Respecto al nivel de estudio 22 (63%) de los sujetos estudiaron hasta el nivel medio superior, 5 (14%) sujetos estudiaron el nivel básico (primaria) de enseñanza y 8 (23%) hasta el nivel superior (licenciatura).



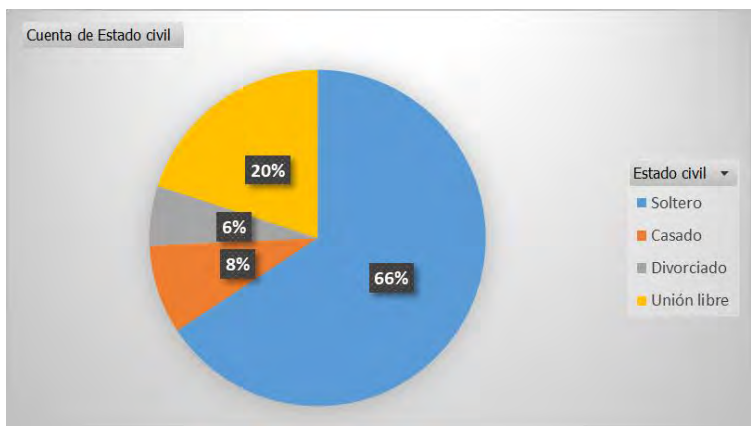
Grafica 5. Distribución por nivel de estudios

Veinte (57%) de los sujetos participantes hasta el día de la aplicación del estudio laboraban, mientras que 15 (43%) se encontraban sin empleo alguno hasta la fecha del estudio.

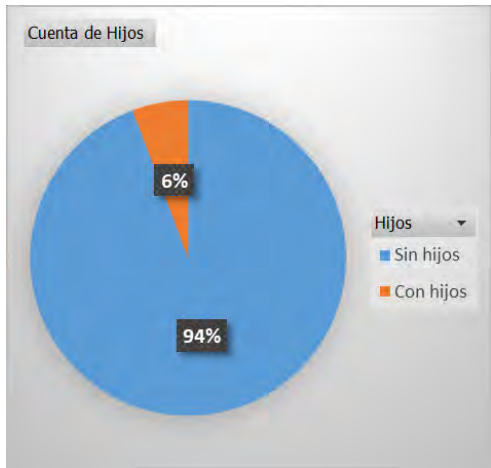


Grafica 6. Distribución conforme a actividad laboral

Con respecto de su estado civil de los 35 sujetos participantes, 23 (66%) de los sujetos se encuentran solteros, 7 (20%) se encuentran en unión libre, 3 (8%) casados, 2 (6%) divorciados, 2 (6%) de los 35 sujetos mencionaron tener hijos únicamente.

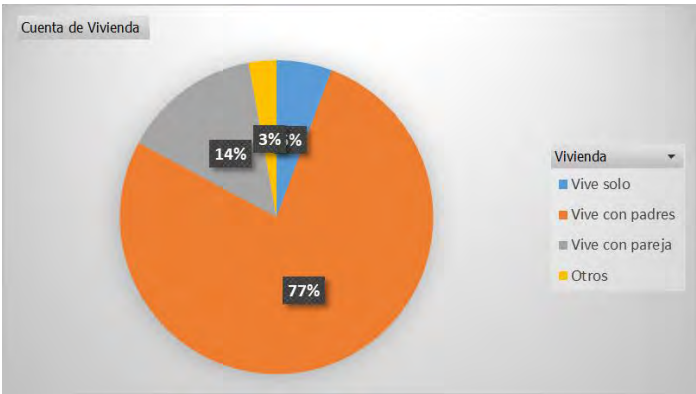


Grafica 7. Distribución por estado civil



Grafica 1. Distribución por hijos/no hijos

Veinte y siete (77%) de los sujetos estudiados mencionaron vivir actualmente con sus padres, 5 (14%) viven con su pareja, 2 (3%) refieren viven solos mientras que uno de los sujetos refiere vivir actualmente en un albergue.



Grafica 8. Distribución por vivienda

Veinte y tres (66%) de los pacientes participantes en el estudio se encontraban en el servicio de hospitalización continua, mientras que 12 (34%) de los sujetos se encuentran siendo atendidos en el servicio de consulta externa del hospital.

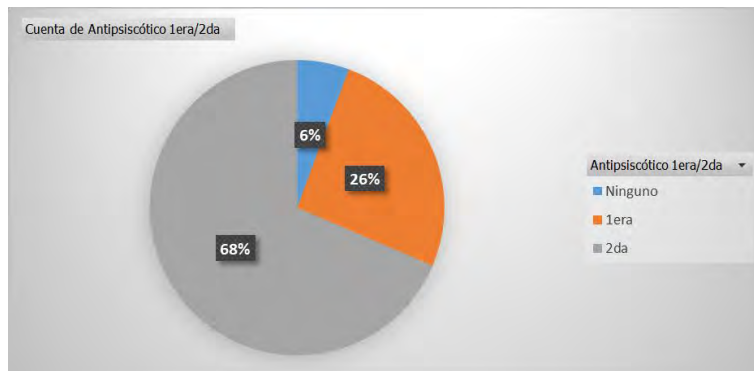


Grafica 9. Distribución por consulta externa/hospitalización continua

De los 35 sujetos, 33 (94%) se encuentran bajo tratamiento farmacológico ya sea en los servicios de hospitalización continua o consulta externa, mientras que 2 (6%) sujetos se encuentran sin tratamiento y estos se encontraban siendo atendidos en el servicio de consulta externa. De los 33 pacientes que se encuentran con tratamiento, 9 (26%) se encontraban con algún antipsicótico de primera generación, mientras que 22 (68%) sujetos se encontraban con algún antipsicótico de 2da generación.

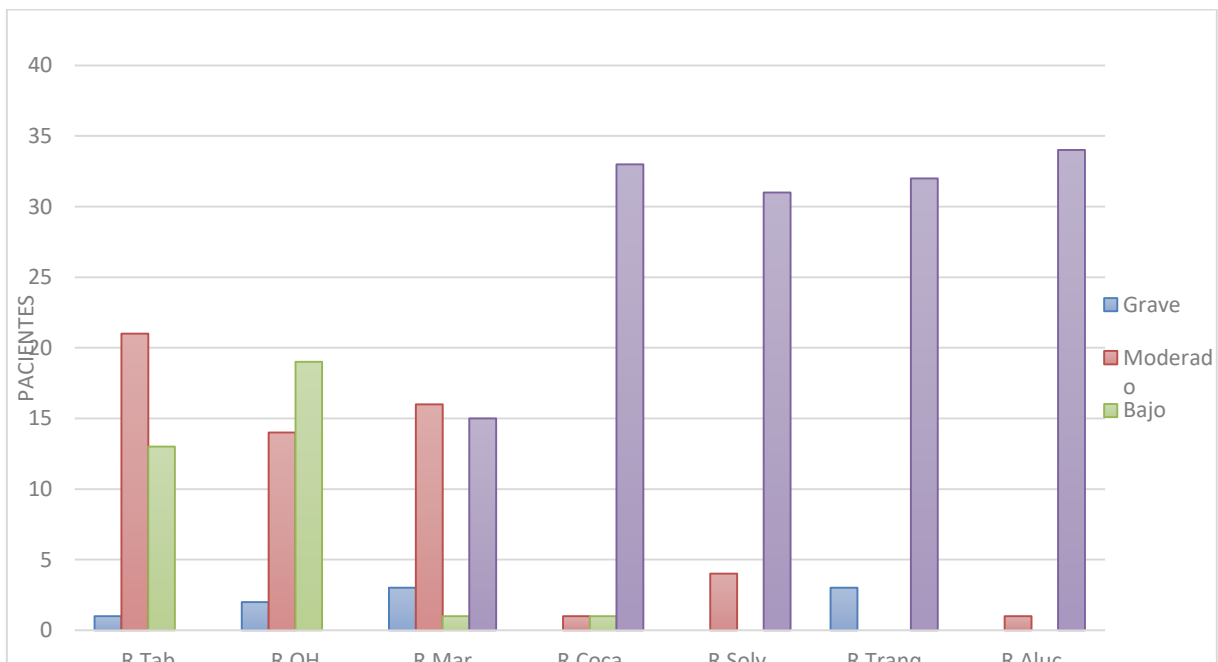


Grafica 10. Distribución por tratamiento farmacológico



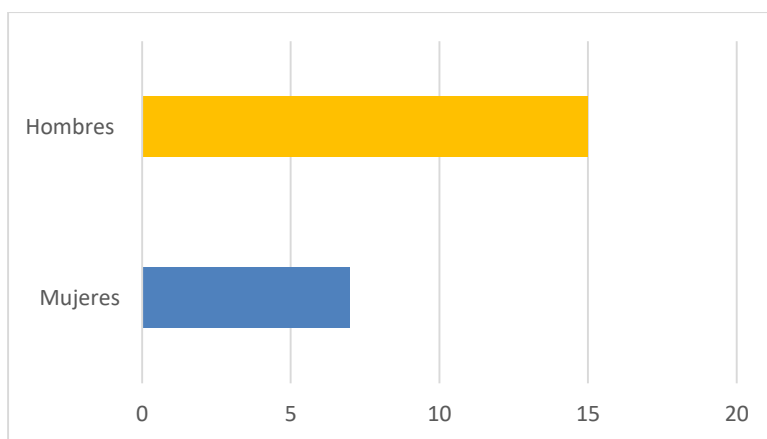
Grafica 11. Distribución por antipsicótico típico/atípico

Al aplicar la prueba ASSIST para valorar el riesgo de consumo de sustancias se identificó que el mayor consumo activo entre los sujetos participantes fueron cannabis (61%), tabaco (63%) y alcohol (45%), seguidos en menor cantidad por solventes volátiles (11.4%), cocaína (11%) , hipnóticos sedantes (8%) y alucinógenos (2%).

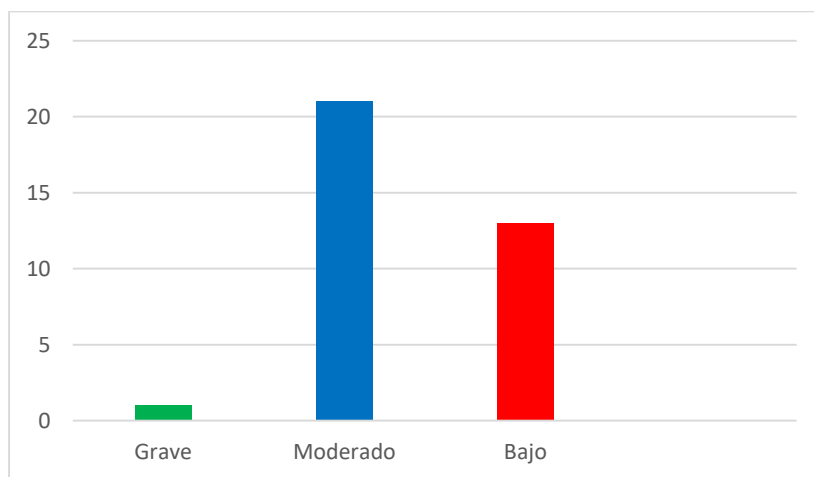


Grafica 12. Principal consumo de sustancias conforme a escala ASSIST

Encontramos que 22 de los sujetos a las cual se les aplico tenía consumo activo de tabaco, siendo principalmente el consumo en el género masculino con 15 (68%) sujetos por 7 (31.8%) del género femenino. Del total de los sujetos con consumo de tabaco 21 (95.4%) tenían un riesgo moderado para desarrollar algún problema de abuso o dependencia, mientras que solo uno (4.5%) de los sujetos tuvo un riesgo grave.

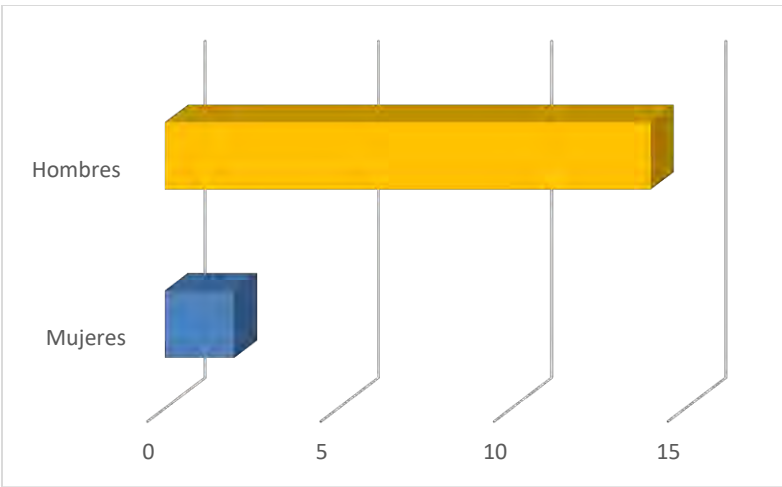


Grafica 13. Consumo de tabaco por género

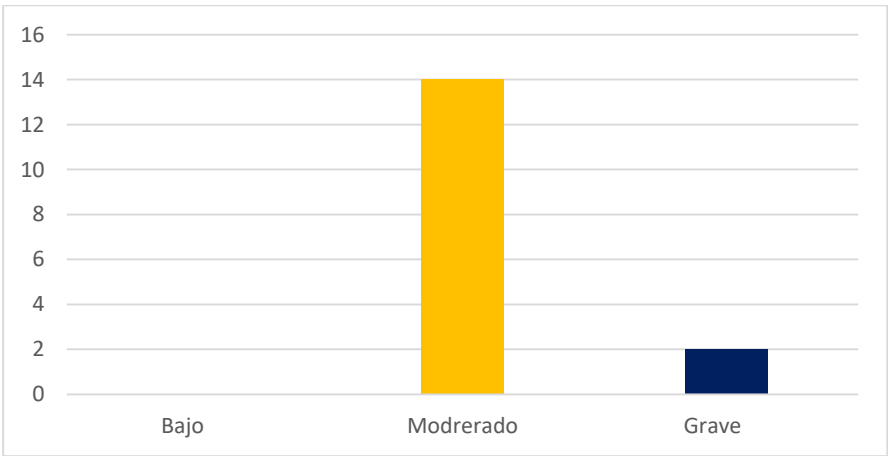


Grafica 14. Riesgo relacionado a consumo de tabaco

De los 35 sujetos a los cuales se les aplico la prueba ASSIST, 16 mencionaron haber consumido bebidas etílicas en los últimos 3 meses, de estos 6 (37.5%) del género femenino y 10 (62.5%) del género masculino. De los 16 sujetos que presentaban consumo de bebidas etílicas 14 (87.5%) presentaban un riesgo moderado mientras que 2 (12.5%) presentaban un riesgo grave de desarrollar una dependencia a esta sustancia.

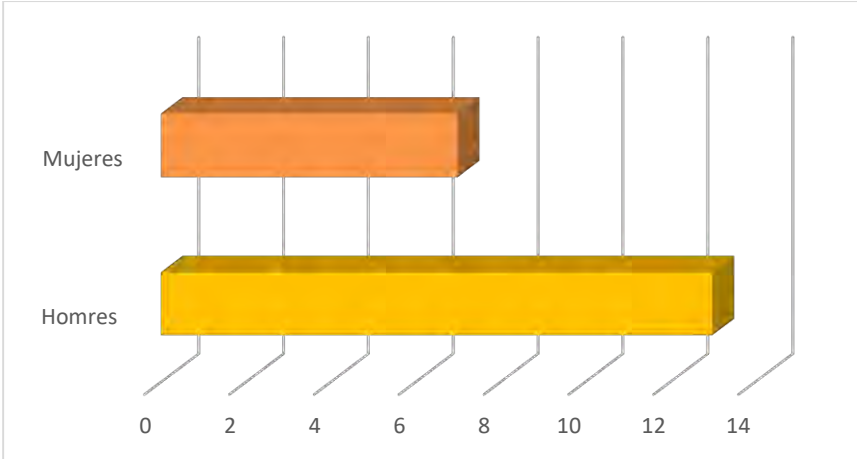


Grafica 15. Consumo de alcohol por género

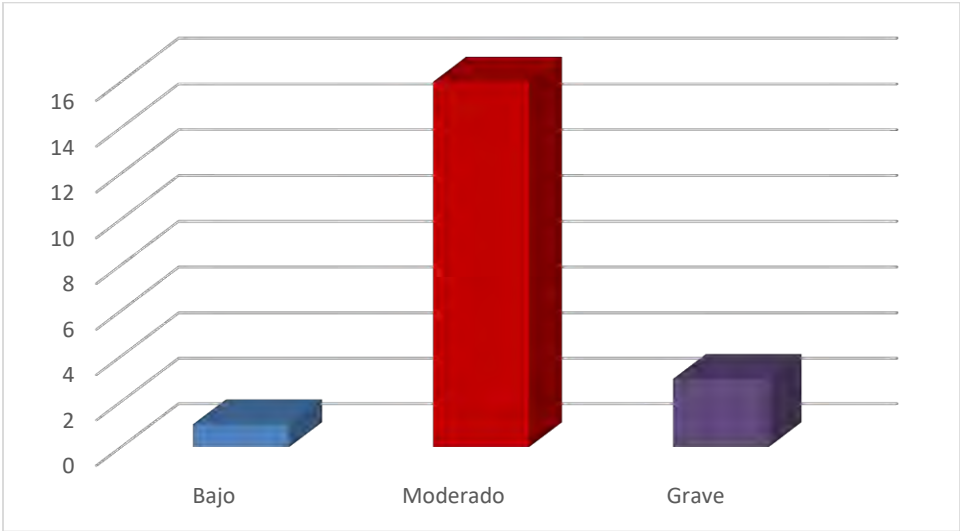


Grafica 16. Riesgo relacionado con el consumo de alcohol

Acerca del consumo de cannabis, de los 35 sujetos participantes del estudio 20 mencionaron tener un consumo activo de cannabis, de estos 7 (35%) eran del género femenino mientras que 13 (65%) eran del género masculino. Acerca del riesgo de desarrollar alguna dependencia a cannabis 16 (80%) de los participantes obtuvieron puntaje para un riesgo moderado, 3 (15%) un riesgo grave mientras que solo un (5%) sujeto participante obtuvo puntaje para un riesgo bajo.



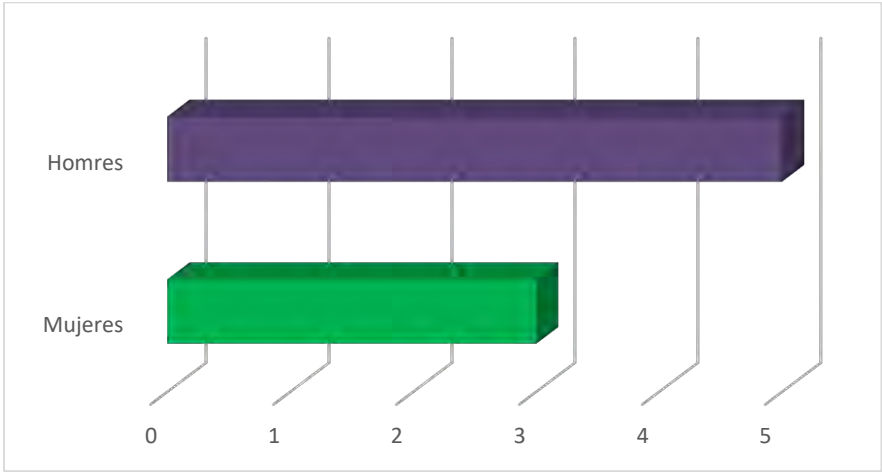
Grafica 17. Consumo de cannabis por género



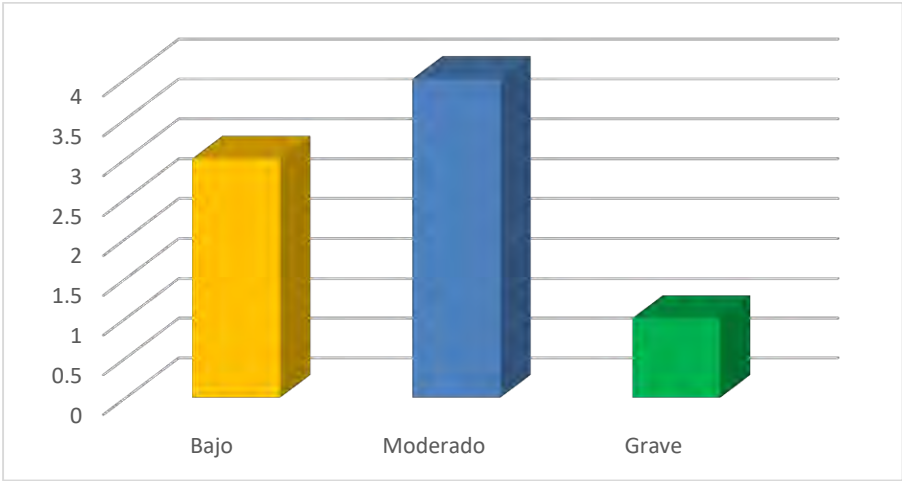
Grafica 18. Riesgo relacionado con el consumo de cannabis

Con respecto al consumo de cocaína, de los 35 participantes ocho (22.8%) mencionaron ser usuarios de cocaína en los últimos 3 meses, de estos 5 (14.2%) fueron del género masculino y 3 (3.5%) del género femenino. Acerca del riesgo para

desarrollar una dependencia a esta sustancia de los 8 participantes cuatro (50%) obtuvieron puntaje para un riesgo moderado, 3 (37.5%) para riesgo bajo y 1 (12.5%) para riesgo grave.

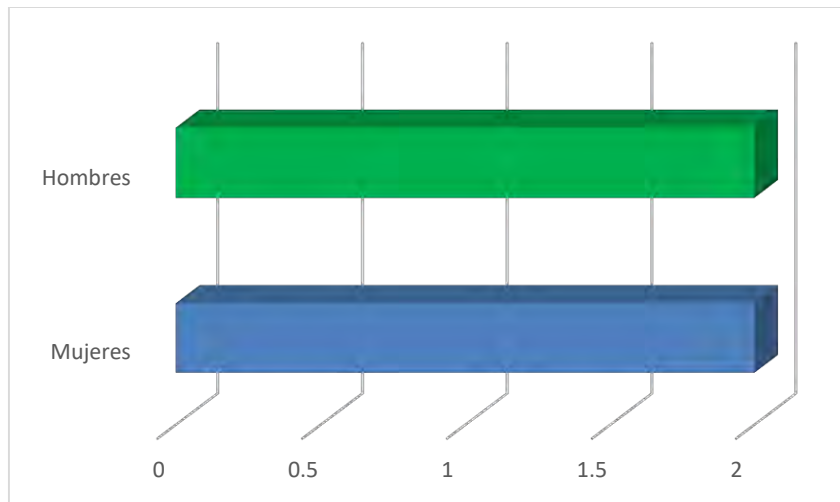


Grafica 19. Consumo de cocaína por genero

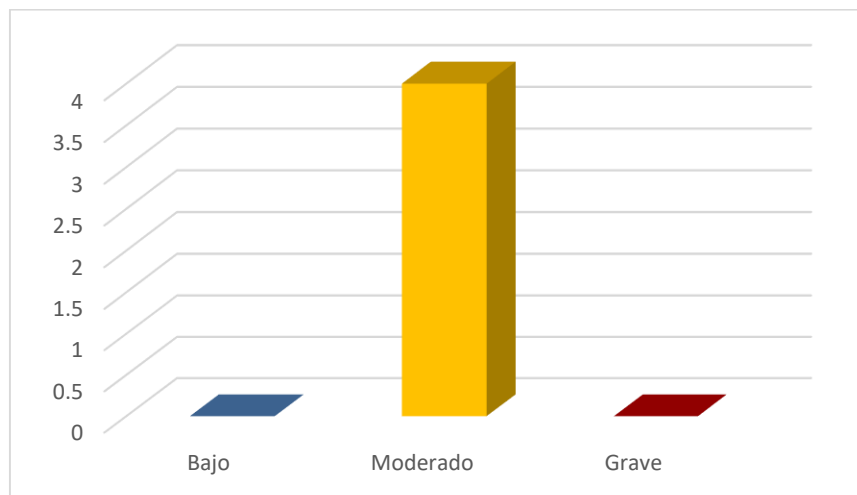


Grafica 20. Riesgo relacionado con el consumo de cocaína

En lo que respecta al consumo de solventes volátiles, de los 35 sujetos de los cuales se les aplico la prueba ASSIST, solo 4 (11.4%) mencionaron ser consumidores activos de solventes, respectivamente 2 (50%) eran del género masculino y 2 (50%) del género femenino. Los 4 (100%) participantes obtuvieron puntaje para un riesgo moderado para desarrollar una dependencia a solventes volátiles.

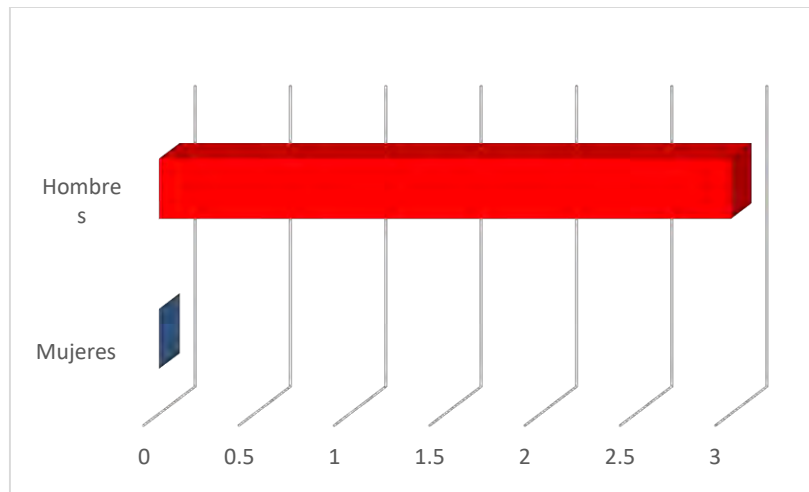


Grafica 21. Consumo de solventes volátiles por género

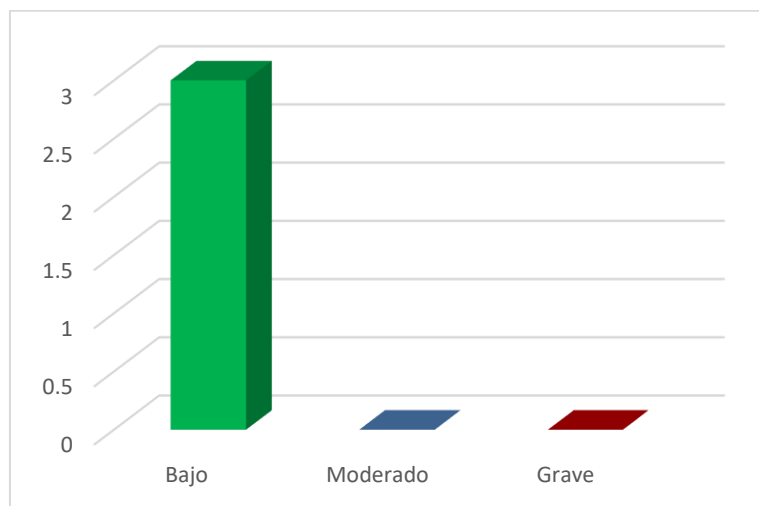


Grafica 22. Riesgo relacionado con el consumo de solventes volátiles

Acerca del consumo de medicamentos tranquilizantes o hipnóticos sedantes, 4 (11.4%) pacientes mencionaron consumir en los últimos 3 meses algún tipo de estos medicamentos, de estos sujetos los 3 (75%) eran del género masculino y una paciente (25%) del género femenino, y el puntaje que obtuvieron los 4 sujetos (100%) fue correspondiente a un bajo riesgo para desarrollar una dependencia estas sustancias.



Grafica 23. Consumo de medicamentos tranquilizantes por género

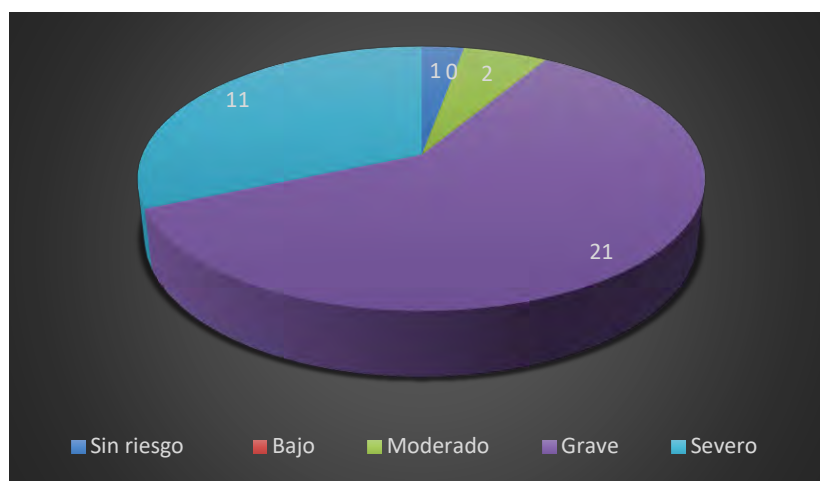


Grafica 24. Riesgo relacionado con el consumo de medicamentos tranquilizantes

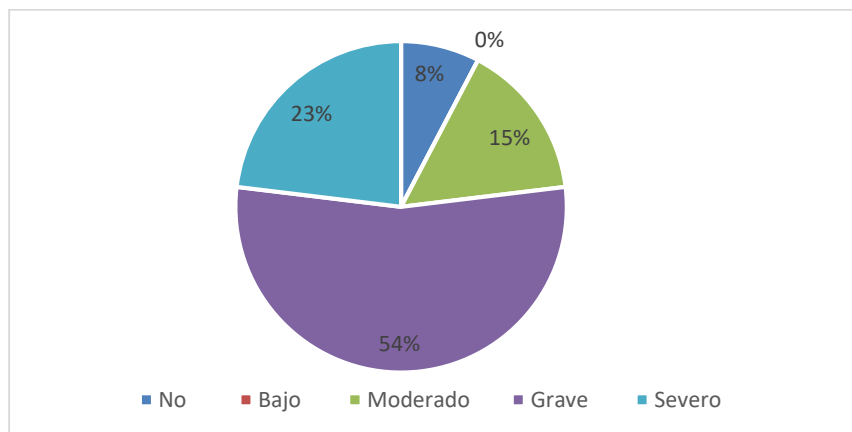
Con respecto al consumo activo de alucinógenos solo un paciente refirió un consumo activo, con un puntaje para un riesgo bajo para desarrollar alguna dependencia a dicha sustancia; para el resto de las sustancias ya mencionadas ningún de los sujetos del estudio refirió ser usuario activo.

Al aplicar la escala DAST 10 que valora el riesgo de desarrollar algún trastorno por consumo de sustancias, de los 35 pacientes sujetos al estudio, uno (2.8%) de los sujetos no tuvo riesgo para desarrollar algún trastorno asociado al consumo de alguna sustancia psicoactiva, ninguno de los sujetos obtuvo un riesgo bajo, dos (5.7%) de los sujetos encuestados obtuvo un riesgo moderado para desarrollar

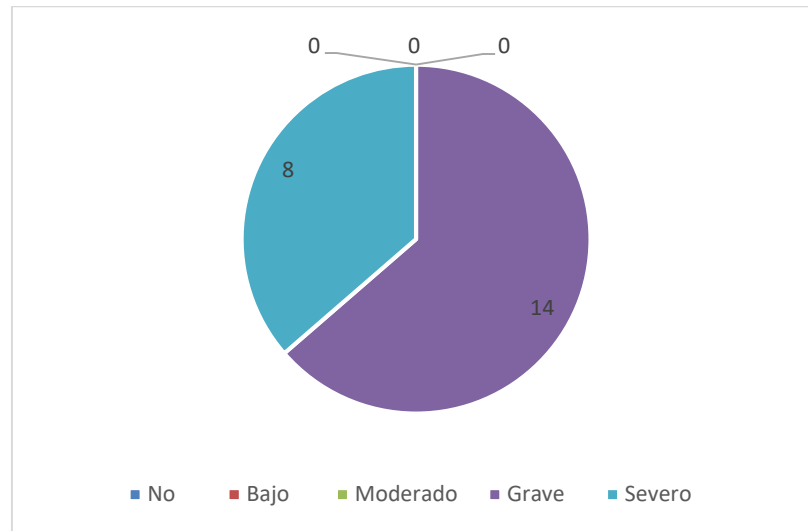
algún trastorno, mientras que 21 (60%) de los sujetos obtuvo un riesgo moderado y 11 (31.4%) obtuvieron un puntaje correspondiente para un riesgo grave. Con respecto al riesgo obtenido por género, de los 13 pacientes femeninos sujetas al estudio una (7.6%) no obtuvo puntaje alguno para riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno asociado a su consumo, ninguno de los pacientes obtuvo puntaje para riesgo bajo, dos (15.3%) de las pacientes obtuvieron puntaje para un riesgo moderado, 7 (53.8%) para un riesgo grave y 2 (15.3%) obtuvieron puntaje para un riesgo grave. Con respecto a los hombres, 14 (17.4%) de los sujetos obtuvieron puntaje para un riesgo grave y 8 (36.3%) para un riesgo severo. El mayor rango de edad donde se encontraron riesgos más elevados fueron entre los 26 y 35 años de edad.



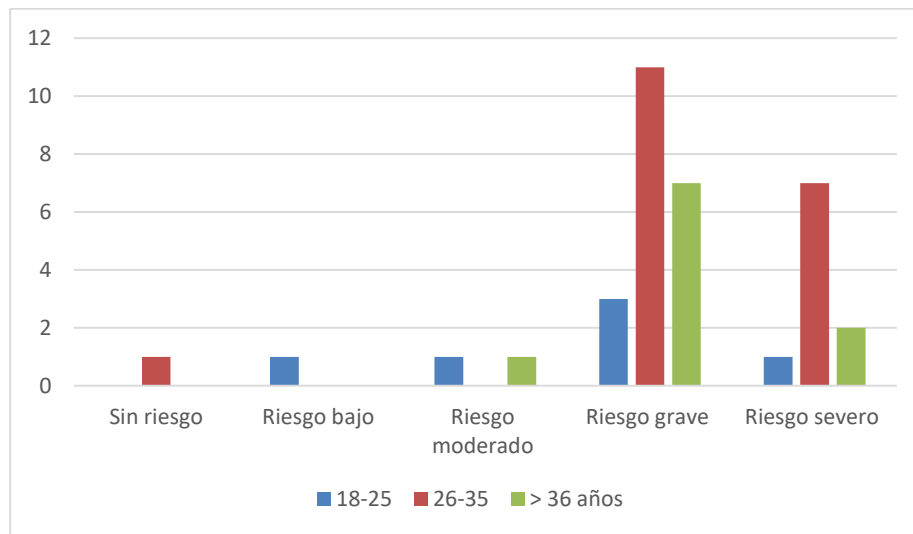
Grafica 25. Riesgo para desarrollar algún trastorno por consumo de sustancia conforme a la escala DAST10.



Grafica 26. Riesgo para desarrollar algún trastorno por consumo de sustancia en pacientes femeninos conforme a la escala DAST10.



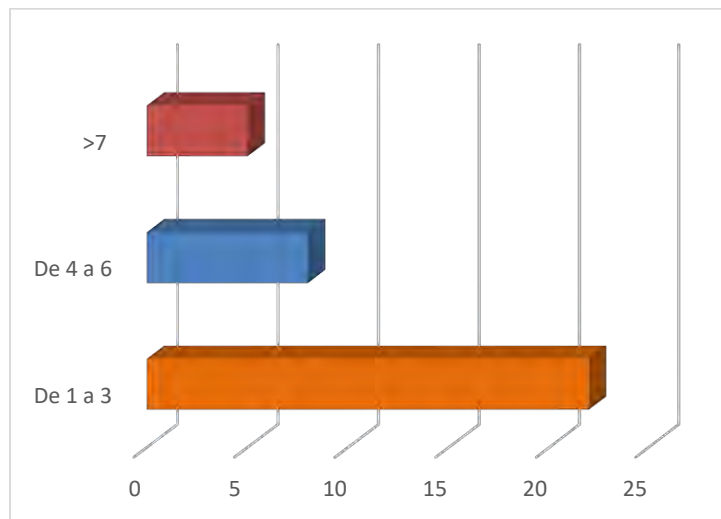
Grafica 27. Riesgo para desarrollar algún trastorno por consumo de sustancia en pacientes masculinos conforme a la escala DAST10.



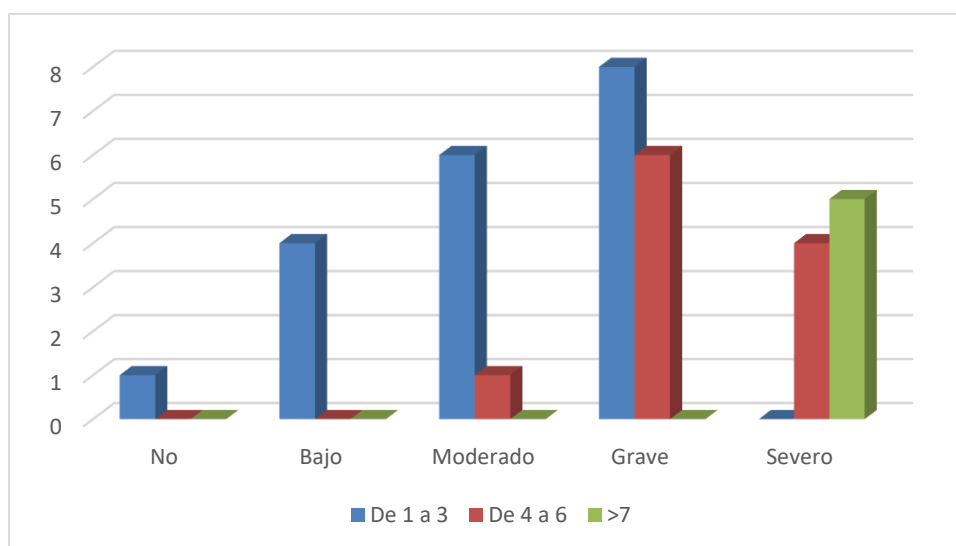
Grafica 28. Riesgo respecto a rango de edad conforme a escala DAST 10.

De los 35 sujetos estudiados, veinte y dos (62.8%) de ellos tenían historial de 1 a 3 hospitalizaciones en unidades psiquiátricas, mientras que ocho (22.8%) de los sujetos tenían un rango entre 4 y 6 hospitalizaciones por su patología psiquiátrica, y 5 (14,2%) tenían un historial con más de 7 hospitalizaciones. Conforme al riesgo obtenido al aplicar la escala ASSIS y DAST 10 se observó que el número de

hospitalizaciones en sujetos con un riesgo grave o severo era mayor llegando a tener más de 7 hospitalizaciones en unidades psiquiátricas, mientras que el los riesgos moderado y bajo el número de hospitalizaciones se encontraban en menos de 6.



Grafica 29. Número de hospitalizaciones en la población estudiada



Grafica 30. No. De hospitalizaciones con respecto a riesgo de consumo conforme a DAST 10.

VIII. DISCUSIÓN.

Este estudio examinó un rango de características del consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia. Conforme a los resultados obtenidos tras la aplicación de las pruebas ASSIST y DAST 10, hasta el 90% de los sujetos participantes del estudio tenían riesgo de moderado a grave de desarrollar algún trastorno asociado al consumo de sustancias, siendo estos más frecuentes en el género masculino. Dentro de las características principales que encontramos entre los sujetos con mayor riesgo de desarrollar algún trastorno asociado al consumo de sustancias fueron el ser de género masculino, edad entre joven entre los 18 y 35 años de edad, ser soltero, con un menor grado de escolaridad, viviendo con sus padres o solo, sin alguna actividad laboral y encontrarse actualmente hospitalizado por alguna exacerbación de su enfermedad de base. Esto se correlaciona con estudios realizados donde se reporta que el consumo más frecuente en pacientes con esquizofrenia se observaba en sujetos del género masculino, de edad joven y con un menor nivel de escolaridad ^(16,24). Con respecto a los rangos de edad donde se da el mayor índice de consumo de sustancias psicoactivas, el estudio proveyó el resultado de que entre los 25 y 35 años es donde se da más frecuente el uso de sustancias, en parte debido a que fue gran parte de la población se daba en esa edad, sin embargo la literatura comenta que la mayor frecuencia de pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias se da principalmente entre la población adulta joven y adulta, y como vemos en los resultados de este estudio en el género masculino que como se ha reportado su pico de prevalencia para presentar esquizofrenia se encuentra entre la segunda y tercera década de la vida, así mismo las mujeres sujetas al estudio se encontraban principalmente entre los rangos de 25 y 35 años y por arriba de los 35 años que como se sabe las mujeres tienen un segundo pico de incidencia de esquizofrenia durante la cuarta década de la vida ^(3, 26).

Dentro de las sustancias más frecuentemente consumidas identificadas mediante la aplicación de la escala ASSIST en la población estudiada se encontró el primer lugar el tabaco (62%), seguido de cannabis (61%) y bebidas alcohólicas (45%), en menor cantidad sustancias como la cocaína (5.7%), solventes (11.4%),

medicamentos hipnóticos sedantes (benzodiazepinas) (8.2%) y alucinógenos (2.8%), no hubo usuarios de opiáceos o drogas estimulantes tipo metanfetaminas en la población estudiada. Conforme a los resultados obtenidos en otros estudios se asemeja al patrón obtenido con tabaco 68%, alcohol 29%, cannabis 24%, cocaína 11% y opiáceos el 9.8% ^(15, 25), mientras que en otras series la nicotina y el alcohol fueron las sustancias que eran con más frecuencia eran usadas por pacientes con esquizofrenia a comparación de nuestro estudio, así como el poco estudio que se tiene entre el abuso real de benzodiazepinas y estimulantes en la población que padece esquizofrenia. Es de llamar la atención que ciertos estudios reportan una prevalencia alta de uso de alucinógenos sin embargo en nuestro estudio sol un paciente tuvo uso activo de alucinógenos ⁽²⁵⁾.

En esta población estudiada el consumo de cannabis y alcohol se observó más frecuentemente, no encontramos consumo de opiáceos u de otras sustancias derivadas. El consumo de sustancias se observó más frecuentemente en el género masculino con el 62 % de la población total por el 38% de población femenina resultante de la muestra, esto en parte porque la mayoría de la muestra tomada para este estudio era de dicho género, sin embargo con respecto a otros estudio y literatura revisada el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra más frecuente en el género masculino y esto es un factor de riesgo para poca respuesta al tratamiento y una mayor tasa de recaídas ⁽²⁵⁾. En el género femenino el patrón de consumo no se modificó mucho con respecto al género masculino, siendo las sustancias más consumidas el tabaco, seguido de cannabis y del alcohol.

Mediante la escala DAST 10, se identificó el riesgo de padecer algún trastorno secundario al consumo de sustancias, que como se mencionó en un inicio de este apartado hasta en el 90% de los sujetos del estudio obtuvo un puntaje de riesgo relacionado a su consumo. Conforme a las escalas aplicadas a los sujetos estudiados que conforme a mayor riesgo de consumo tenían los sujetos, era más su historial de hospitalizaciones en instituciones psiquiátricas llegando a tener hasta, más de 7 hospitalizaciones los sujetos con un riesgo elevado de padecer un trastorno asociado al consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el número de hospitalizaciones disminuía con la obtención de un menor el puntaje obtenido

mediante la escala DAST 10. Con respecto a la edad conforme a la misma escala aplicada, el mayor número de pacientes que tuvo un riesgo grave y severo se encontró entre los rangos de edad entre los 25 y 35 años y mayores de 36 años, así como predominantemente en el género masculino, mientras que en el género masculino se obtuvieron puntajes más bajos con riesgo moderados y bajos para desarrollar algún trastorno por consumo de sustancias. Con estos datos podemos correlacionar los datos obtenidos con los de estudios reportados donde se ha estudiado el consumo de sustancias con una mayor tasa de recaída y con esto hospitalizaciones, sobre todo en los grupos de edad entre la tercera y cuarta década de la vida, que como se ha observado se relaciona con un mayor número de días de disfunción global del sujeto afectado ⁽²⁵⁾. Con este estudio se pudo identificar que el consumo de sustancias tiene una prevalencia importante en la población con Esquizofrenia, como se había planteado en la hipótesis inicial, y que como ventaja es que se tuvo acceso a pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia certero y sin otras comorbilidades médicas, así como bajo tratamiento médico la mayoría lo cual nos ayudaba a que pudieran responder ante los cuestionamientos del estudio.

Como desventajas de este estudio encontramos que no se tuvo un grupo de control para comparar las características de consumo en una población sin esquizofrenia los patrones de consumo de ambas poblaciones, y si en todo caso en los pacientes con esquizofrenia sin consumo de sustancias hay más apego a tratamiento y con esto un menor número de hospitalizaciones y recaídas. También como desventaja de este estudio encontramos que los sujetos estudiados que estaban en los servicios de hospitalización continua, algunos de ellos se encontraban cursando con cuadros francamente psicóticos, por lo que por momentos se mostraban renuentes a proporcionar cierta información de su consumo de sustancias, por lo que la muestra poblacional de este estudio no fue muy extensa ya que en la consulta externa la mayoría de los pacientes se encuentran sin un consumo activo de sustancias.

IX. CONCLUSIONES.

Mediante este estudio se intentó Identificar las características de consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con esquizofrenia y como esto puede jugar un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. Encontramos que los varones entre la tercera y cuarta década de la vida tenían mayor frecuencia de consumo de sustancias. Las características sociodemográficas que se encontraron en la población estudiada fue ser soltero, bajo nivel educativo, ser desempleado y vivir solo con sus padres, factores que coinciden con estudios realizados previamente y que en parte se deben a la dificultad que tiene el paciente con esquizofrenia para socializar, lograra conseguir un empleo y ser funcional en la vida diaria, aunado a la poca conciencia de enfermedad que presentan, lo cual en muchas ocasiones dificulta su apego a tratamiento y que lleva a sus cuidadores primarios en el caso de quien vive con sus padres o pareja a que presenten datos de desgaste del cuidador; a la par el bajo nivel educativo y el poco seguimiento médico que llegan a tener dificulta el que se pueda trabajar en la conciencia de enfermedad en el paciente debido a las limitaciones cognitivas que por la poca estimulación a lo largo de su vida y las propias alteraciones cognitivas de la enfermedad propician una funcionalidad pobre del sujeto lo cual podemos observar en el estudio realizado donde la mayoría de los sujetos se encuentran actualmente sin alguna actividad laboral. A esto si se le suma el consumo de sustancias desde temprana edad como el identificado en el estudio nos limita el poder intervenir farmacológicamente y terapéuticamente en el sujeto que padece esquizofrenia y consumo de sustancias.

Mediante la aplicación de la escala ASSIST se identificó el consumo de los sujetos estudiados identifico principalmente el tabaco, cannabis y alcohol como las sustancias más usadas por la población de nuestra institución. El consumo de tabaco en primer lugar se da debido a que como se ha estudiado la nicotina contenida en el tabaco tienen efectos ansiolíticos en los pacientes con síntomas positivos de la esquizofrenia (tales como alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones del primer orden) lo cual les genera sensación de relajación y bienestar ante la importante angustia que en ocasiones les genera estos síntomas, y a la par también se ha observado que la nicotina contenida en el tabaco disminuye los

síntomas extrapiramidiales (rigidez y temblor) secundario al tratamiento antipsicótico, lo cual también les ayuda a los sujetos que reciben este tipo de tratamiento a disminuir estas molestias físicas que en ocasiones son las causantes del desapego a tratamiento. Esto sumado a las condiciones neurobiológicas que produce la nicotina en el circuito de búsqueda recompensa a nivel cerebral, aumentando de forma indirecta la actividad dopaminérgica en dicho sistema, creando una dependencia y cuadros de abstinencia a dicha sustancia ⁽¹⁸⁾. Acerca del consumo de cannabis esta estudiado la correlación entre el consumo de esta sustancia y padecimientos del espectro de las esquizofrenias ⁽²¹⁾, teniendo al igual que el tabaco efectos ansiolíticos sobre los síntomas positivos aunque esta pueda también exacerbar en algunos los síntomas positivos de la enfermedad, así como atenuar o hacer cuadros similares a síntomas negativos (apatía, abulia, aislamiento, ambivalencia afectiva). En la población adolescente y adulta joven el consumo de cannabis aumenta el riesgo de padecer mostrara alteraciones cognitivas, síndrome amotivacional, depresión, ansiedad, padecimientos psicóticos y en muchos de los casos desarrollar cuadros de esquizofrenia.

Las bebidas etílicas se encontraron como la tercera sustancia más consumida por la población estudiada, siendo usada por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia por sus efectos relajantes e inductores del sueño ya que como se sabe una de las primeras alteraciones clínicas es el insomnio en alguna de sus variantes, así como miorelajante y ansiolítico, estos efectos a través de la función GABAérgica que tiene el etanol a nivel de sistema nervioso central. Generando alteraciones cognitivas y medicas el consumo de etanol a largo plazo que pueden impactar en la salud del sujeto afectado, además de la predisposición que también provoca su consumo a padecer trastornos mentales y neurológicos. Otras sustancias como solventes y cocaína se encontró un uso no tan frecuente, en parte debido a que los solventes no son sustancias que generen alguna sensación de bienestar en el paciente de esquizofrenia y a la inversa, puede aumentar los síntomas positivos de esta enfermedad, así como drogas estimulantes como la cocaína, ya que el paciente con esquizofrenia busca al consumir una sustancia psicoactiva disminuir la ansiedad secundaria a los síntomas psicóticos, para

disminuí los efectos secundarios por neurolépticos y como hipnóticos sedantes, mientras que una sustancias psicomimética como la cocaína puede atenuar los síntomas positivos de la esquizofrenia y generar importantes síntomas de ansiedad. En nuestra muestra solo un paciente dio positivo para alucinógenos, sustancias que sería esperado que la consumieran más frecuente ante sus efectos psicodélicos, sin embargo como sabemos estas sustancias no generan dependencia, tolerancia y abstinencia ante su falta de acción sobre el sistema dopaminérgico, por lo que su uso es menos frecuente y más espaciado., no tan frecuente en la población estudiada en nuestra institución. Acerca de medicamentos tranquilizantes, en el caso de nuestra población caso benzodiacepinas los sujetos que resultaron positivos obtuvieron un riesgo bajo para desarrollar algún trastornos secundario a este padecimiento, siendo que el consumo de estas sustancias era por buscar sus efectos ansiolíticos e hipnóticos sedantes.

Mediante la escala DAST 10 se valoró el riesgo que tenían los sujetos estudiados para desarrollar algún trastorno o tener algún problema médico psiquiátrico por el consumo activo que presentaban, donde se identificó que el mayor riesgo que tiene nuestra población es para sustancias como tabaco, alcohol y cannabis, sustancias que como ya mencionamos previamente los pacientes con esquizofrenia son asiduos a hacer uso de ellas por diversas circunstancias. Mediante este instrumento también pudimos identificar como se correlacionaba el que sujetos que tenían un riesgo grave o severo por el consumo de alguna sustancias, tenían mayor número de hospitalizaciones, esto debido a que el consumo de sustancias se socia un menor apego a tratamiento, menor seguimiento médico y mayor tasas de recaídas por exacerbación de síntomas psicóticos ⁽⁷⁾, esto igualmente también se observó más frecuentemente en el género masculino que como vimos es quienes tuvieron mayor prevalencia de consumo de sustancias. En general este estudio nos permitió identificar las características sociodemográficas y de consumo de los sujetos de nuestra institución con diagnóstico de esquizofrenia y con consumo de sustancias, permitiéndonos observar que en la población del nuestra unidad es frecuente el consumo de sustancias asociado a padecimientos como en este caso la esquizofrenia, y que este consumo puede llevar a diversos problemas tanto médicos

como psiquiátricos, mayores tasa de recaídas, mayor número de hospitalizaciones y7 por ende un mayor coste para la institución por lo que se deben hacer programas para prevenir el uso de sustancias en esta población, con el fin de que se vite la perdida de funcionalidad pronta y reducir los costes para la institución. La muestra poblacional en este estudio tiene la desventaja de que fue pequeña durante el desarrollo del mismo, por lo que en un futuro se podría seguir investigando acerca de las características de consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia en busca de una mejor atención a estas patologías.

X. BIBLIOGRAFÍA.

1. Felipe V. Gomez, Anthony A. Grace (2017). Adolescence stress as driving factor for schizophrenia development-A basic science perspective. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 43 no. 3 pp. 483-489.
2. Ahmed A. Moustafa, Mohamed Salama, Rosseane Peake (2017). Interactions between cannabis and schizophrenia in humans and rodents. *Rev. Neuroscience*, pp 213.
3. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Saddock, Pedro Ruiz (2016). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del comportamiento. Editorial Wolters Kluwer, 11ava edición, páginas 644-645.
4. Justin Davis, Eyre, Harris, Jacka, Felice N, John, Maes, Michael (2016). A review of vulnerability and risks for Schizophrenia; beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral reviews*. pp 117-118.
5. Zoran Vukadinovic, Merrill S. Herman, Ivana Rosenzweig (2013). Cannabis, psychosis and the thalamus: A theoretical review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, pp 23-27.
6. Joanis N. Nesteros, Elena Vakinaki, Manolis N. Tzatzarakis, Markos D. Skondras, Aristidis M. Tsatsakis (2017). Lost lasting effects of chronic heavy cannabis abuse. *The American Journal of Addictions*, pp 1-8.
7. Enrique Chávez-León (2013). La psicopatología y su tratamiento del especialista. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Editorial Hemisferio izquierdo. 1era edición, México. Páginas 139-210.
8. R. Coronas, F.J. Arrufat, C Domenech, J.V. Cobo (2002). Factores de riesgo de aparición de Esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, Barcelona, España. Páginas 116-124.
9. Rafael J. Salin-Pascual (2013) *Neurobioquímica y psicofarmacología de las enfermedades psiquiátricas*. 2da edición. Páginas 285-315.
10. Marco Colizzi, Conrad Iyegbe, John Powell, Gianluca Ursini, Annamaria Porcelli, Aurora Bonvino, Paula Taurisano, Alessandro Bertolino, Marta Di Forti (2015). Interaction between functional genetic variation on DRD2 and cannabis use on risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. London, pp 167-169.
11. Anna Mane, Daniel Bergé, Maria Jose Penzol, Mara Parellada, Miguel Bioque, Antonio Lobo, Ana Gonzalez Pinto, Ana Maria Sanchez-Torres, Miguel Bernardo (2017), Cannabis use, COMT, BDNF and age at first-episode psychosis. *Psychiatry Research* 250, pp 38-43.
12. Código Internacional de Enfermedades 10a edición. Organización Mundial de la Salud, 2001.

13. Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales. Asociación psiquiátrica americana, 2013.
14. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse (1990). Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*; 264:2511.
15. Maremmani AG, Bacciardi S, Gehring ND, et al. Substance Use Among Homeless Individuals With Schizophrenia and Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2017; 205:173.
16. Tsai J, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: a latent class analysis. *Psychiatry Res* 2013; 210:16.
17. Khokhar JY, Dwiell LL, Henricks AM, et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res* 2017.
18. Mackowick KM, Barr MS, Wing VC, et al. Neurocognitive endophenotypes in schizophrenia: modulation by nicotinic receptor systems. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014; 52:79.
19. Chambers RA, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001; 50:71.
20. Adan A, Arredondo AY, Capella MD, et al. Neurobiological underpinnings and modulating factors in schizophrenia spectrum disorders with a comorbid substance use disorder: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 75:361.
21. Sevy S, Kay SR, Opler LA, van Praag HM. Significance of cocaine history in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:642.
22. Brunette MF, Mueser KT, Babbitt S, et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2017.
23. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, et al. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatr Pract* 2005; 11:315.
24. Marvin S. Swartz, MD, H. Ryan Wagner, PhD, Jeffrey W. Swanson, PhD, T. Scott Stroup, MD, Joseph P. McEvoy, MD, Jose M. Canive, MD. Consumo de drogas en personas con esquizofrenia Prevalencia basal y correlaciones con el estudio NIMH CATIE. Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Universidad de Duke, Facultad de Medicina de Durham. *Revista de Toxicomanías*. Nº. 54 - 2008. Pp 18-25. F. Arias, S. Sánchez, JJ. Padín. Consumo de drogas y riesgo de recaída en la esquizofrenia. Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. *Psiquiatr Biol* 2002; Vol. 9: pp. 63-7.

26. A. Ortiz Lobo. Esquizofrenia y consumo de drogas. *Psiquiatría Pública*. Vol. 10. Núm. 6. Noviembre-Diciembre 1998.
27. Carlos Roncero, Carmen Barral, Lara Grau-López, Elena Ros-Cucurull, Miguel Casas. *Protocolo de intervención en patología dual*. Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España, 2016.

XI. ANEXOS.

Anexo 1

Criterios diagnósticos CIE 10 Esquizofrenia.

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a)** Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b)** Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c)** Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d)** Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e)** Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no

estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos precedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F1x.5.

Subtipos.

F20.0	Esquizofrenia paranoide.
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica.
F20.2	Esquizofrenia catatónica.
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada.
F20.4	Depresión post-esquizofrénica.
F20.5	Esquizofrenia residual.
F20.6	Esquizofrenia simple.
F20.8	Otras esquizofrenias.
F20.9	Esquizofrenia sin especificación.

Anexo 2.

Criterios diagnósticos CIE 10 para trastornos por consumo de sustancias.

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicotropas o de otras sustancias psicotropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

El uso patológico de otras sustancias no psicotropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida).

F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces

para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1x.20 En la actualidad en abstinencia.

F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1x.25 Con consumo continuo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

Anexo 3.

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dió a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcoholicas (cerveza, vino, licor, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses. (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcoholicas (cerveza, vino, licor, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, larlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranquilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidol/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?

	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, larlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranquilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidol/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, larlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranquilazin/Alprazolam/Xanax, Orfidol/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	0	3
j. Otros - especifique:	0	0	3

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	0	3
j. Otros - especifique:	0	0	3

Pregunta 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	0	0	1

El tipo de intervención se determina por la puntuación específica del paciente para cada sustancia.

Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco	0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol	0 – 10	11 – 26	27+
c. cannabis	0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína	0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas	0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes	0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes	0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos	0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos	0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas	0 – 3	4 – 26	27+

NOTA: *Una mayor evaluación y tratamiento más intensivo puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
b. Bebidas alcohólicas	0-10	Bajo
	11-26	Moderado
	27+	Alto
c. Cannabis	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
d. Cocaína	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
f. Inhalantes	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
h. Alucinógenos	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
i. Opiáceos	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto
j. Otros – especificar	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo:	Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
Moderado:	Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
Alto:	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

Anexo 4.

<u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u>	No	Si
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones medicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ud. abusa mas de una droga a la vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 5.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACION DE INGRESO A ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN Y APLICACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN.

“Características de consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

México, D.F. A ____ de _____ de 20____.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ o _____
como responsable del paciente, declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de detectar síntomas de ansiedad y síntomas positivos.

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y la aplicación de dos escalas sistematizadas.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Que los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar el manejo a seguir y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación al doctor Homero Maldonado Mendoza, con número telefónico 0445512332678.

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

Dr. Homero Maldonado Mendoza

FIRMA PRIMER TESTIGO

FIRMA SEGUNDO TESTIGO